OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS N° 104.

SUR

QUELQUES POINTS DE MÉDECINE ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 mai 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR THÉODORE PONCEAU, de Rablay,

Département de Maine-et-Loire.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Président.*
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Suppléant.*

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral, *Examinateur.*	Gibert.
Arvers.	Gerdy.
Baudeloque, *Suppléant.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Velpeau.
Gérardin.	Rullier, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage d'amour et de reconnaissance.

A MON ONCLE PONCEAU,

Chirurgien.

Témoignage d'un sincère attachement.

T. PONCEAU.

MON PÈRE

ET

MA MÈRE

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

SUR

QUELQUES POINTS DE MÉDECINE.

Ire. OBSERV. *Entérite avec ulcération, perforation de l'intestin grêle, péritonite.*

Un vitrier, suisse, âgé de trente-six ans, peau blanche, muscles bien développés, sensibilité obtuse, entra à l'Hôtel-Dieu le 26 décembre, se disant malade seulement depuis huit jours; il se plaint d'éprouver tous les deux jours des frissons qui durent la moitié de la nuit, sont suivis de chaleur et de sueur, et pendant lesquels des douleurs se font sentir dans l'abdomen. Il y a six jours, il a pris trois grains d'émétique dans autant de verres d'eau, qui lui ont causé des vomissemens et des évacuations alvines abondantes, et depuis ce temps il a la diarrhée. Il dit avoir ressenti du frisson dans la nuit du 26 au 27.

Le 27 au matin, il nous présente les symptômes suivans : état d'abattement et d'indifférence; pas d'accélération dans le pouls ni de chaleur à la peau; langue légèrement rouge sur les bords et blanche au milieu; bouche mauvaise, anorexie; abdomen tendu, rénitent, non douloureux à la pression; diarrhée légère; toux peu fréquente.

Le 28, il se plaint d'une chaleur incommode pendant la nuit; le pouls est tout à fait naturel.

Le 29, il n'y a pas eu de frisson dans la nuit, comme le malade l'avait annoncé; le pouls est plein, sans fréquence; la soif vive, la langue rouge, la diarrhée abondante; chaque évacuation est précédée de coliques. Le 30, cette exaspération des symptômes ayant disparu ainsi que la diarrhée, on accorde le quart au malade jusqu'au 4 janvier, époque à laquelle un peu de toux avec dyspnée engage à supprimer les alimens. Il présente toujours le même abattement que le jour de son arrivée. S'étant procuré des alimens dans la journée, il est pris pendant la nuit d'un violent frisson suivi de chaleur, qui se renouvelle le 5; en même-temps le pouls s'accélère et la langue rougit.

Le 6, à une heure après-midi, des nausées et des vomissemens abondans de matières vertes se déclarent et s'accompagnent de douleurs atroces dans l'abdomen et d'une extrême anxiété. Les vomissemens, interrompus pendant quelque temps à la suite de l'ingestion d'un grain d'opium, reparaissent avec une nouvelle violence à sept heures du soir, et sont suivis d'une prostration extrême et de la cessation de toutes les douleurs. Cet état se termine par la mort le lendemain, à sept heures du matin, onzième jour de son séjour à l'Hôtel-Dieu.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. Les muscles sont volumineux, le ventre un peu plus tendu que le jour de l'entrée du malade. A l'ouverture de l'abdomen, une grande quantité d'un liquide trouble et jaunâtre s'écoule de la cavité du péritoine, dont la surface, dépolie et comme veloutée, présente une injection générale, et est recouverte dans toute son étendue de fausses membranes d'un blanc jaunâtre, agglutinant faiblement entre elles les circonvolutions de l'intestin grêle, et dont une partie nage dans le liquide épanché, sous forme de flocons. Le tissu cellulaire qui unit le péritoine à la membrane musculeuse des intestins a perdu sa consistance normale, et la plus légère traction suffit pour séparer ces deux membranes dans toute leur étendue.

La membrane muqueuse de l'estomac, épaisse, consistante, présente une rougeur vive, uniforme dans le grand cul-de-sac surtout, et des rides nombreuses et très-saillantes dans la région pylorique. La

surface interne de la moitié inférieure de l'intestin grêle est entièrement recouverte d'ulcérations d'une ligne à un pouce de diamètre, à fond noir et à bords relevés et coupés à pic, ayant pour siége les follicules agminés de *Peyer*. La membrane muqueuse n'offre pas de rougeur dans toute son étendue non plus que sur les bords des ulcères. Un d'eux est le siége d'une perforation d'un demi-pouce de diamètre, qui a livré passage au liquide de l'intestin épanché dans la cavité du péritoine.

Le diaphragme, refoulé par le liquide, a repoussé les poumons dans la partie supérieure de leur cavité, au point de les avoir réduits à près du tiers de leur volume ordinaire. Leur tissu, légèrement engorgé et très-consistant, présente l'aspect d'un poumon comprimé par un épanchement pleurétique; à peine y distingue-t-on encore quelques traces de crépitation. Des liens celluleux bien organisés réunissent les deux plèvres dans une grande partie de leur étendue.

Le cœur, du volume du poing du sujet, présente une hypertrophie des parois du ventricule gauche avec rétrécissement de sa cavité, qui peut à peine admettre le doigt indicateur.

Réflexions. Cette observation présente dans son degré le plus simple, sous le rapport des symptômes, l'entérite pustuleuse ulcérée qui a reçu tant de noms différens, soit qu'on l'ait considérée comme une fièvre essentielle, soit qu'on l'ait rapportée à une altération du tube intestinal appréciable après la mort. Sous l'influence d'un traitement excitant, de nombreuses ulcérations se développent sur la membrane muqueuse de l'intestin grêle, sans qu'une altération de tissu, aussi grave et dont les suites ont été si funestes, se manifeste autrement à l'extérieur que par un peu de rougeur de la langue, de la diarrhée et un léger ballonnement du ventre. Du reste, le pouls a conservé son rhythme naturel, et la chaleur de la peau n'est pas augmentée. L'état d'abattement du malade pouvait seule faire soupçonner une atteinte profonde portée à l'économie, et l'apparition inattendue des accidens qui terminèrent la vie justifie le nom de *spontanée* que l'on a donné à la perforation dont ils étaient la suite. Il est rare que l'on ait oc-

casion de faire l'autopsie cadavérique de malades qui ont présenté des symptômes si peu intenses de cette forme d'entérite, que M. *Bretonneau* a désignée dernièrement sous le nom de *dothinentérite*. Cependant, ce praticien a vu succomber au vingtième jour de cette maladie des individus dont l'état n'avait inspiré aucune crainte, et la mort a été le résultat d'hémorrhagies intestinales ou de perforations qui s'opéraient au centre d'une ulcération chez des malades qui n'avaient même pas été obligés de s'aliter.

L'autopsie cadavérique vint dévoiler des lésions dont la gravité et l'étendue étaient en rapport avec les symptômes observés dans les derniers instans de la vie, et qui démontrent avec qu'elle rapidité peuvent s'opérer les secrétions morbides, l'aspect et la consistance des tissus être modifiés par l'inflammation. A peine dix-huit heures se sont elles écoulées depuis l'apparition des premiers accidens jusqu'à la mort, que déjà toute l'étendue du péritoine enflammé s'est recouverte de flocons fibrineux disposés en fausses membranes, et que le tissu cellulaire sous-séreux, rouge, injecté, a perdu sa cohésion naturelle. Je signalerai à cette occasion une remarquable altération de ce tissu et de toute l'épaisseur de l'intestin, dont je n'ai trouvé aucun exemple dans les auteurs qui traitent de l'anatomie pathologique du péritoine, et sur laquelle mon attention a été fixée par mon ami, M. *Menière*, interne à l'Hôtel-Dieu. Elle consiste dans une friabilité du tissu cellulaire sous-séreux et de la tunique musculeuse, telle qu'il suffit de la plus légère traction exercée sur le tube intestinal pour déchirer le péritoine et séparer, avec une grande facilité, cette tunique séreuse et la muqueuse, qui conservent l'une et l'autre des débris de la membrane musculeuse, et obtenir par ce moyen deux canaux membraneux parfaitement isolés et entiers. Cette friabilité de tissu coïncide ordinairement avec un épaississement de toute la paroi intestinale, et un raccourcissement très-notable (ce dont je me suis assuré par la mensuration) de l'intestin, qui paraît contracté dans tous les sens, et flotte, soutenu par son mésentère, également épaissi, au milieu du liquide épanché dans la cavité du péritoine. Les valvules conniventes, dont le

nombre et la largeur sont augmentées par cette disposition, se remarquent jusqu'à la valvule iléo-cœcale, où elles sont presque aussi prononcées qu'au duodénum. Quelquefois ce rétrécissement du tube digestif produit encore à l'intérieur un grand nombre de rides longitudinales qui croisent la direction des valvules conniventes, comme l'a remarqué, dans son ouvrage sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, mon ami M. *Billard*, qui a observé plusieurs fois la contraction et le rapetissement de la masse intestinale dans des cas d'hydropisie ascite. J'ai rencontré assez souvent cette altération des tuniques de l'intestin dans des cas de péritonite aïguë et chronique, lorsque des flocons répandus dans le liquide de l'abdomen, l'injection, la coloration en rouge ou en noir, et la perte du poli de la surface du péritoine ne laissaient aucun doute sur l'existence de cette maladie. Si elle se rencontre constamment et exclusivement dans cette affection, il me semble qu'elle pourrait servir, comme caractère spécial, à distinguer, dans des cas obscurs, si un épanchement dans la cavité du péritoine est dû à une inflammation de cette membrane, ou à d'autres causes jusqu'à présent inconnues ou difficiles à déterminer.

Cette perte de cohésion du tissu cellulaire sous-péritonéal ne paraîtra pas extraordinaire si l'on réfléchit que, dans l'inflammation de la membrane séreuse de l'abdomen, les phénomènes phlegmasiques et la coloration rouge paraissent avoir leur siége autant dans ce tissu que dans la membrane elle-même. Ce fait rentre dans une proposition générale qui me semble résulter des phénomènes observés sur un grand nombre d'organes enflammés : c'est que, toutes les fois qu'une membrane cutanée, muqueuse ou séreuse est le siége d'une phlegmasie, le tissu cellulaire qui lui est sous-jacent est disposé à se ramollir et à se laisser distendre par la sérosité dans l'état aigu, ou à éprouver une induration particulière et une dégénérescence cartilagineuse, si la phlegmasie se prolonge à l'état chronique. Ainsi le tissu celluloso-vasculaire qui constitue la pie-mère s'infiltre de sérosité et se laisse déchirer avec la plus grande facilité dans l'arachnitis. Le tissu sous-muqueux de l'estomac et des intestins devient friable sous l'in-

fluence de l'inflammation de la membrane qui le recouvre, et qui peut alors s'enlever sous forme de plaques larges, rouges et saignantes. M. *Cruveilhier* a trouvé plusieurs fois, sur le corps d'individus morts de péritonite, la muqueuse intestinale soulevée par la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire sous-jacent; cet état a été observé aussi coïncidant avec l'inflammation de la membrane muqueuse. Qui ne sait que l'œdème de la glotte s'accompagne toujours d'une angine aiguë ou chronique? On observe fréquemment comme phénomène consécutif de la variole, de la rougeole et surtout de la scarlatine, un œdème du tissu cellulaire sous-cutané partiel ou général; et, quoique cette altération dans l'exhalation de la sérosité se manifeste après la disparition de la phlegmasie cutanée, je crois qu'on peut la rapporter avec quelque raison à cette dernière maladie, l'affection d'un tissu en contact avec un autre préliminairement enflammé, pouvant continuer quand celui-ci est revenu à l'état sain. A l'état chronique, nous voyons des indurations et des épaississemens de l'épiploon succéder à une péritonite partielle, et la pleurésie donner naissance à des couches plus ou moins épaisses de lames cartilagineuses, que M. *Laennec* a reconnu se former à l'extérieur de la plèvre et non dans l'épaisseur de son tissu, comme on l'avait cru jusqu'alors. Un grand nombre d'autres organes enflammés pourraient me fournir des preuves à l'appui de cette opinion; qu'il me suffise d'avoir cité les lésions qui ont le plus de rapport avec celle qui a donné lieu au développement de la proposition que j'ai avancée.

Les observations de péritonite, suite de perforation intestinale, se manifestant avec l'intensité de symptômes observés chez notre malade ne sont pas rares; mais l'inflammation du péritoine présente quelquefois la même obscurité que l'ulcération des tuniques de l'intestin, à laquelle elle est venue s'ajouter. Tantôt elle n'est accompagnée d'aucune douleur, soit spontanément, soit à la pression, et le tiraillement des traits de la face, le ballonnement du ventre, la petitesse du pouls, sont les seuls indices qui puissent la faire soupçonner. Ce cas s'observe surtout dans les fièvres adynamiques, qui s'accompagnent si souvent

d'ulcérations de la fin de l'intestin grêle. Tantôt elles affectent une marche chronique; alors la faiblesse et la lenteur des mouvemens, l'anorexie, la petitesse du pouls s'accompagnent d'une douleur sourde, qui n'est revélée que par une forte pression exercée transversalement sur les flancs.

Quelques observations sur une tumeur phlegmoneuse des parois abdominales développée dans la région iléo-cœcale.

IIe. obs. Un maçon, âgé de trente ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 26 novembre; il dit avoir éprouvé, il y a treize jours, des vomissemens, de la diarrhée, et des douleurs à l'ombilic et dans la région iléo-cœcale, où s'est développée une tumeur, sur laquelle il a appliqué vingt-quatre sangsues et des cataplasmes émolliens, qui lui ont procuré du soulagement. Il n'a cependant pas cessé d'avoir du dévoiement depuis cette époque. A son arrivée, on observe dans la région iléo-cœcale une tumeur ovale, de la grosseur d'un œuf de poule, dure, non mobile, bien circonscrite, très-douloureuse à la pression et sans changement de couleur à la peau. Les autres régions de l'abdomen sont complètement indolentes; la peau est chaude, la langue rouge et sèche, la bouche amère, l'appétit nul, le pouls naturel.

Le 27 au soir, une selle a été suivie d'une colique violente dans la direction de l'ombilic à la tumeur; l'état de la langue et de la peau est meilleur. Le 28 et le 29, le mieux continue, mais il y a toujours du dévoiement; la tumeur n'a pas changé de volume, mais elle est moins douloureuse. Au bout de quelques jours la diarrhée disparaît; on accorde des alimens au malade, et il sort de l'hôpital après vingt jours de maladie, se disant bien portant, jouissant en effet de l'exercice régulier de toutes ses fonctions; mais conservant toujours sa tumeur aussi dure et aussi volumineuse que le jour de son entrée, et encore un peu douloureuse par une forte pression.

IIIe. obs. Un homme, âgé de cinquante et un ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 26 novembre. Il a ressenti tout-à-coup, il y a un mois, une

violente colique, à la suite de laquelle s'est développée une tumeur dans la région iléo-cœcale. Cette tumeur, très-douloureuse d'abord, a été accompagnée de fièvre, et a nécessité l'application de soixante sangsues à plusieurs reprises. Ce traitement a été suivi de la diminution de la douleur et du volume de la tumeur, qui ne présente plus maintenant que la grosseur d'un œuf de pigeon. Située entre l'ombilic et l'épine iliaque, dure et non adhérente à la peau, elle n'est plus douloureuse que par une forte pression ou par les efforts de la toux, dont le malade est atteint depuis quelques jours; elle occasionne un peu de gêne pendant la marche, qu'il ne peut exécuter qu'avec peine et en se courbant en avant; du reste, il ne présente aucun autre symptôme; il n'a jamais eu de diarrhée et jouit de beaucoup d'appétit; il paraît n'être venu à l'hôpital que pour se reposer, et sort au bout de quelques jours avec sa tumeur dans le même état que lors de son arrivée.

IV^e^. OBS. Un peintre, âgé de vingt ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 16 décembre; il y a un mois, il a été pris de fortes coliques, qui ont duré quinze jours, et pour lesquelles on lui a donné un vomitif et un purgatif. Son urine était rouge et comme sanguinolente, et il lui est resté depuis une tension non douloureuse et accompagnée de dureté dans toute la région hypogastrique. Il y a trois jours, il a commencé à y éprouver un peu de douleur, qui a augmenté le lendemain, 15 décembre. Le 16, au matin, il a éprouvé des douleurs violentes qui parcouraient tout le ventre et venaient se rendre dans la région iléo-cœcale. A ce symptôme se joignait une grande anxiété avec accélération de la circulation et de la respiration, et courbure du corps en avant déterminée par la douleur. C'est dans cet état qu'il fut apporté à l'Hôtel-Dieu, où trente sangsues lui furent aussitôt appliquées dans l'endroit où venait se concentrer la douleur. Le lendemain 17, il est beaucoup plus tranquille, et se trouve soulagé. On observe alors dans la région iléo-cœcale une tumeur oblongue, profonde, non circonscrite, sans changement de couleur à la peau, qui est très-mobile sur elle : le malade n'y éprouve plus qu'une douleur sourde qui augmente

par la pression. Le ventre est dur, le pouls encore un peu fréquent, la langue couverte d'un enduit blanchâtre pointillé de rouge, la bouche pâteuse.

Le 18, on lui applique douze sangsues à l'anus : un lavement détermine deux selles; tous les symptômes d'irritation disparaissent rapidement, et le malade est bientôt en état de prendre des alimens. La tumeur devient complètement indolente, même par une forte pression ; mais elle conserve la même dureté et le même volume sans gêner aucunement la progression. Le 26 décembre, quarantième jour de sa maladie, et le dixième du développement de sa tumeur, il sort très-bien portant.

Réflexions. La tumeur remarquée chez les trois malades dont l'observation précède, n'est sans doute qu'un épiphénomène peu important par lui-même de l'entérite qu'elle accompagne, et à laquelle elle survit encore quelque temps avant de disparaître entièrement; mais la fréquence assez remarquable avec laquelle elle se développe, et son siége constant dans la région iléo-cœcale, me paraissent d'autant plus dignes d'attention, que je n'en ai pas rencontré d'exemples dans les auteurs qui traitent des maladies du tube digestif ou des fièvres. Cependant presque tous ont remarqué comme un symptôme assez constant dans ces maladies, surtout lorsque le cœcum et la fin de l'iléon sont le siége d'ulcérations, une douleur développée par la pression dans la région iléo-cœcale, lors même que toutes les autres parties de l'abdomen étaient indolentes. Ne serait-ce point à une irritation sympathique des parois abdominales dans cet endroit, plus intense que celle qui produit une simple douleur, que devrait être rapporté le développement de ces tumeurs? Doit-on les considérer comme un symptôme dépendant de l'inflammation des portions du canal intestinal, auxquelles elles correspondent? Je ne me permettrai pas de tirer une semblable conclusion d'un aussi petit nombre de faits, quoiqu'elle me paraisse découler assez naturellement de la coïncidence avec cette tumeur, des symptômes qui indiquent ordinairement l'entérite, tels que la diarrhée, la chaleur de la peau, l'enduit blanchâtre

de la langue pointillé de rouge, la céphalalgie, l'accélération du pouls, l'abattement. Quoi qu'il en soit, dans les trois cas que j'ai observés, l'irritation générale a cédé promptement à un traitement antiphlogistique très-simple, et les malades sont sortis de l'hôpital en parfaite santé, quoique leurs tumeurs fussent restées stationnaires; mais elles ne se terminent pas toujours ainsi par induration pour se résoudre ensuite d'une manière insensible. Lorsque leur marche est plus rapide ou n'est point entravée par un traitement convenable, on a vu la suppuration en être la suite, et la collection purulente, résultat de cette terminaison, se faire jour à travers les muscles et le péritoine jusque dans le cœcum, d'où elle est évacuée par les selles; ou bien se manifester à l'extérieur par suite de la destruction des tissus qui la recouvrent, soit dans le point de la peau qui lui correspond immédiatement, soit dans la région inguinale au moyen du tissu cellulaire intermusculaire.

V^e^. OBS. *Anévrisme du cœur; hypertrophie des villosités de la membrane muqueuse digestive.*

Un gaînier, âgé de cinquante-trois ans, ayant passé une grande partie de sa vie dans l'état militaire, entra à l'Hôtel-Dieu le 26 décembre avec tous les symptômes d'une maladie du cœur; il avait habituellement la respiration courte, lorsqu'il y a trois mois, à la suite d'une forte exaspération d'un catarrhe habituel, les jambes commencèrent à s'œdématier; depuis huit jours l'œdème a fait des progrès, et le ventre est devenu le siége d'un épanchement. A son arrivée, la distension des parois abdominales est assez considérable pour gêner évidemment les mouvemens d'inspiration. On observe, en outre, les symptômes suivans : toux et expectoration peu fréquentes et faciles; tuméfaction de la face, des paupières et des lèvres, couleur violette de ces dernières et de la langue; injection capilliforme des pommettes, du nez et des conjonctives; larmoiement et boursoufflement de la face interne des paupières; pouls d'une petitesse remarquable, très-fré-

quent, régulier ; impulsion du cœur très-prononcée, et soulevant avec force la région précordiale; le bruit des battemens se fait entendre sous les deux clavicules et à la base du côté droit; la contraction des ventricules, prolongée, couvre le bruit de celle des oreillettes. Le malade dit être sujet, lorsque son catarrhe s'exaspère, à des palpitations assez fortes pour lui faire entendre distinctement les battemens de son cœur. Il a employé chez lui un grand nombre de diurétiques et de purgatifs qui l'ont quelquefois soulagé : il a conservé l'appétit, et n'a pas de diarrhée.

Les 27 et 28, même état; 29, pouls toujours fréquent, filiforme, parfois même il semble disparaître sous le doigt et présente des irrégularités; urines rares : l'œdème fait des progrès et s'étend au bras droit. Les premiers jours de janvier, la dyspnée augmente avec le froid de l'atmosphère. L'œdème a envahi la main droite. (Le malade se couche de préférence sur le côté droit.) Froid des extrémités.

Le 7 janvier, crachats visqueux et rouillés, dyspnée extrême, amaigrissement, traits retirés en arrière.

Le 15, dévoiement abondant de matières noirâtres ; teinte ictérique de la face, puis de toute l'étendue de la peau; lèvres et langue violettes; les mêmes symptômes continuent et s'accompagnent de vomissemens d'un liquide brunâtre jusqu'au 21 janvier, que le malade succombe après un mois de séjour à l'Hôtel-Dieu.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. Teinte ictérique de la peau, maigreur de la face, œdème général; abdomen distendu par une grande quantité de sérosité citrine et sanguinolente. La membrane muqueuse de l'estomac d'une couleur brune, épaisse et consistante, présente un développement extraordinaire de ses villosités, qui font à sa surface une saillie d'une demi-ligne à une ligne, et dont la base est blanche et le sommet coloré en brun : la coloration de ces villosités est interrompue dans quelques espaces blancs, circonscrits par des rides saillantes, et recouverts d'un mucus grisâtre très-adhérent. Les villosités aplaties et triangulaires, renversées en tous sens par le dos du scalpel promené à leur surface, donnent parfaitement l'idée d'un

gazon touffu, auquel M. *Béclard* a comparé ces saillies vues au microscope dans l'état sain. La même hypertrophie des villosités se remarque dans le duodénum et le commencement du jéjunum, et la même coloration brune de la muqueuse dans toute l'étendue des intestins distendus par une grande quantité d'un liquide sanguinolent.

Le foie endurci, comme raccorni, d'une couleur grisâtre à l'extérieur, présente à sa surface un grand nombre de lobes très-irréguliers; vésicule biliaire distendue par beaucoup de bile verdâtre et filante, au milieu de laquelle nagent deux calculs rugueux et friables.

Poitrine. Adhérence intime des deux feuillets séreux du péricarde dans la moitié supérieure de la face antérieure du cœur. Le reste de la cavité séreuse libre contient trois à quatre cuillerées de sérosité sanguinolente. Le cœur présente le triple de son volume ordinaire. Ses cavités, énormément dilatées, contiennent une grande quantité de sang noir et liquide; ses parois, hypertrophiées, offrent un pouce et demi d'épaisseur dans le ventricule gauche, et leur tissu friable est coloré par plaques tantôt en brun, tantôt en rouge; les orifices du cœur sont libres, mais la crosse de l'aorte et le commencement de sa portion descendante sont presque entièrement envahies par des plaques cartilagineuses où s'est déjà déposée un peu de matière ostéo-pétrée, encore recouverte par la membrane interne.

Poumons adhérens dans un grand nombre de points à la plèvre costale, engorgés par une abondante sérosité sanguinolente et ramollis dans leur partie postérieure.

Réflexions. Il est assez rare de rencontrer un développement aussi prononcé des villosités de la membrane muqueuse digestive. On en trouve deux exemples très-remarquables dans l'ouvrage déjà cité de M. *Billard;* dans l'un, la membrane muqueuse présentait cette modification dans toute son étendue avec tous les autres caractères de l'état sain; dans l'autre, où le gros intestin en était seul le siége, elle s'accompagnait d'une rougeur vive et d'une hypertrophie de la membrane muqueuse recouverte d'une fausse membrane : cette hypertrophie

peut être le résultat de l'inflammation des organes qui en sont affectés. M. *Béclard* l'a rangée parmi les caractères anatomiques de l'inflammation des membranes muqueuses ; mais, pour être considérée comme telle, elle doit exister avec les autres altérations de couleur et de texture que produit ce travail morbide, car elle ne suffit pas pour le caractériser à elle seule. Dans le cas qui s'est présenté à mon observation, elle ne paraissait due qu'à une simple augmentation de nutrition, résultat de la congestion sanguine permanente dont les villosités étaient le siége ; car la coloration brune de toute la surface interne du tube digestif devait être évidemment attribuée à cette congestion passive déterminée par la gêne extrême de la circulation dans les cavités droites, et à l'imbibition de la membrane par le fluide sanguinolent exhalé à sa surface. En outre, la membrane muqueuse avait conservé sa consistance, et l'étendue de la coloration suffisait pour éloigner toute idée d'inflammation.

La péricardite générale ou partielle paraît être une cause fréquente des affections que l'on comprend sous le terme générique d'*anévrismes* du *cœur*. Plusieurs observations rapportées par M. *Andral*, dans sa clinique médicale, dans lesquelles la succession des symptômes a été observée avec soin, mettent hors de doute cette proposition, et démontrent avec la dernière évidence la liaison de cause et d'effet qui enchaîne ces deux maladies. L'inflammation du péricarde, et le développement de plaques cartilagineuses et osseuses au-dessous de la membrane interne de l'aorte, qu'elles fussent ou non un produit de l'inflammation de cette membrane, paraissaient être également, dans le cas que j'ai observé, le point de départ des désordres qui existaient dans les proportions des diverses parties de l'organe central de la circulation. L'autopsie cadavérique a fait reconnaître que l'énergie des battemens du cœur et leur étendue étaient en rapport avec l'énorme développement des fibres musculaires et la grandeur des cavités, quoique ce rapport ne soit pas constant, et qu'on observe quelquefois tout le contraire ; ce qui prouve que l'énergie de l'action d'un organe musculaire ne doit pas se mesurer seulement sur le nombre de ses

fibres et sur leur volume, mais que cette énergie nécessite d'autres conditions, que le scalpel de l'anatomiste est inhabile à découvrir sur les tissus privés de la vie. Mais ce que la théorie ne pouvait prévoir *à priori*, et ce que, néanmoins, l'observation clinique a montré plus d'une fois, c'est qu'en même temps qu'un cœur vaste et volumineux soulevait avec force les parois de la poitrine, qui semblaient ne pouvoir le contenir, et la paroi épigastrique de l'abdomen, un pouls irrégulier, filiforme et fuyant sous le doigt, n'annonçait que de la faiblesse dans l'exercice de la circulation ; phénomène dont on peut conclure l'utilité de l'auscultation réunie à l'observation du pouls et des désordres fonctionnels des autres organes dans l'étude des maladies du cœur ; car si, d'un côté, ces derniers ne suffisent pas pour porter un diagnostic certain, de l'autre, l'auscultation est loin de pouvoir à elle seule donner à ce diagnostic la précision et la certitude dont il est aujourd'hui susceptible. Encore est-il nécessaire que les signes qu'elle fournit soient durables, car il n'est aucun de ceux qui résultent de la considération de la force, du bruit, de l'étendue, du rhythme des battemens du cœur, qui ne puisse se manifester, bien que cet organe soit exempt de toute lésion organique, sous l'influence d'une péricardite, d'un état pléthorique ou de l'influx nerveux.

VI^e^. OBS. *Rougeole, gastro-entérite avec plaques rouges et saillantes sur la membrane muqueuse de l'estomac, pneumonie lobulaire.*

Un maçon, âgé de dix-neuf ans, robuste et bien constitué, entra à l'Hôtel-Dieu le 6 juin. Depuis trois jours il a éprouvé, sans cause connue, des lassitudes spontanées, des frissons suivis de chaleur, de la douleur à l'épigastre, un léger mal de gorge, qui a disparu le jour de son entrée.

A son arrivée il présente les symptômes suivans : douleurs générales dans les membres ; face vultueuse, yeux larmoyans et rouges avec cuisson ; peau chaude et sèche ; taches rouges, irrégulières, sans élévation, de trois à quatre lignes de diamètre, sur toute la sur-

face du corps ; pouls fréquent et développé ; langue rouge et pointue; soif vive; anorexie; pas de douleur à l'épigastre; toux fréquente, surtout pendant la nuit ; crachats abondans, arrondis, puriformes; râle muqueux très-prononcé dans toute l'étendue de la poitrine. Quinze sangsues à l'épigastre.

Le lendemain 7, même état. Vingt sangsues à l'anus.

Le 8 et le 9, mieux sensible, pouls encore fréquent, face moins vultueuse; les taches rouges pâlissent et disparaissent; plus de larmoiement ni de cuisson dans les yeux.

Le 10, rougeur de la face, larmoiement et injection des conjonctives, peau brûlante; les taches rouges reparaissent, pouls d'une vitesse remarquable, toux et crachats abondans, respiration anxieuse et très-fréquente, douleur sous-sternale avec sentiment de déchirement; langue rouge, pointue, sèche et tremblotante. Trente sangsues à la partie antérieure du sternum, sinapismes aux pieds.

Les 11 et 12, injection veineuse et coloration violette des lèvres et des pommettes; diarrhée. Le soir, vingt-cinq sangsues à l'épigastre.

Le 13, anxiété extrême, pouls fréquent et rebondissant, douleur sous-sternale insupportable, oppression, râle crépitant et frémissement sensibles à la main appliquée sur les espaces intercostaux de la partie antérieure de la poitrine; épigastre douloureux à la pression, diarrhée abondante; les taches de la peau ont disparu. Saignée de deux palettes, sang noir et non couenneux.

Les 14 et 15, agitation continuelle, anxiété portée au dernier degré; le malade ne peut rester un seul moment en repos. A la suite d'une application de quarante sangsues à la partie inférieure du sternum, la douleur a quitté cette partie et s'est portée dans le côté droit de la poitrine, d'où elle s'étend jusque dans le flanc de ce côté. Les battemens du cœur, fréquens et tumultueux, soulèvent avec force les parois de la poitrine et l'épigastre. Cent trente pulsations du pouls par minute ; amaigrissement ; traits de la face retirés, couleur violette des pommettes, du menton et des lèvres, injection des conjonc-

tives; peau sèche et brûlante, surtout à l'abdomen; langue rouge, poisseuse et tremblotante; diarrhée.

Le 16, anxiété moindre, pâleur de la face.

Le 17, abattement, pouls moins fréquent et moins fort, enduit brunâtre de la langue et des dents.

Les 18 et 19, faiblesse et maigreur approchant du marasme, pouls petit et dépressible; langue poisseuse, noire et sèche au milieu; peau sèche, suppression de la toux et de l'expectoration, épistaxis légère.

Le 20, battemens du cœur tumultueux et plus faibles, soulevant encore l'épigastre; tête renversée en arrière, froideur des extrémités. Conservation de l'intelligence jusqu'à la mort, qui arriva après la visite, le 17^e. jour de la maladie.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. Cadavre roide, muscles d'un rouge très-intense.

Injection des méninges et du cerveau, substance corticale légèrement ramollie, sérosité abondante dans les ventricules et la colonne vertébrale.

Poumons crépitans à leur partie antérieure; membrane muqueuse des bronches rouge dans toute son étendue, et recouverte d'un mucus puriforme; hépatisation grise de la partie postérieure du lobe inférieur du poumon droit et de quelques noyaux d'engorgement de la grosseur d'une noix disséminés dans l'épaisseur des autres lobes, dont le tissu est parfaitement sain et crépitant autour d'eux. Le lobe inférieur du poumon gauche et une partie du supérieur participent à la même altération un peu plus avancée.

Cœur d'un volume ordinaire, cavités droites distendues par des caillots de couleur citrine.

La membrane muqueuse de l'estomac présente des rides saillantes beaucoup plus prononcées dans la région pylorique. De nombreuses taches irrégulières, d'un rouge vif, de trois à quatre lignes de diamètre, recouvrent toute sa surface, sur laquelle elles font un léger relief, et lui donnent l'aspect de la peau affectée de rougeole. Ces taches se

remarquent en plus grand nombre dans le grand cul-de-sac, où la membrane muqueuse est ramollie et se laisse déchirer facilement. Les ganglions du mésentère sont rouges et tuméfiés. L'intestin grêle, dont les parois sont épaissies, présente huit invaginations de deux à trois pouces de longueur. La membrane muqueuse, rouge et injectée, est plus pâle dans les portions d'intestin comprimées à l'intérieur des invaginations par celles qui les recouvrent, et d'un rouge plus foncé dans ces dernières. Le colon, distendu par des matières liquides verdâtres, offre sur sa membrane muqueuse des plaques rouges disséminées.

Le foie et la rate sont engorgés de sang.

Réflexions. La disparition et la réapparition alternatives des taches de la rougeole sont toujours d'un fâcheux augure, et s'accompagnent de symptômes graves fournis par les organes de la digestion et de la respiration. La coïncidence de ces phénomènes a fait subordonner les seconds aux premiers, et l'admission d'un virus a permis d'expliquer leur liaison par la métastase de ce virus ou des humeurs qui en étaient chargées, de la peau sur les organes internes. Dans cette théorie, la maladie était le résultat de l'action du virus morbilleux, tantôt sur une partie, tantôt sur une autre; et tous les efforts de la nature dans la fièvre d'invasion ne tendaient qu'à le séparer du sang et à l'expulser au dehors. Plus tard, lorsque la belle classification de M. *Pinel* eut localisé un grand nombre de maladies, en les rapportant aux différens tissus de l'économie; on ne vit plus dans la rougeole, ainsi que dans la variole et la scarlatine, qui reçurent le nom de *phlegmasies cutanées*, qu'une inflammation de la peau, dont celle des organes internes, lorsqu'elle était un peu prononcée, n'était qu'une complication ou un accident consécutif; et quoique l'on considérât la toux, la douleur épigastrique, le vomissement, la diarrhée, l'angine comme des symptômes qui en faisaient partie, cependant, lorsqu'ils acquéraient plus d'intensité, lorsqu'une ophthalmie, une pneumonie, une hémorrhagie, une gastrite venaient à se manifester, on les regardait comme une complication de la phlegmasie cutanée.

Dans ces derniers temps, la doctrine de M. *Broussais* ayant éveillé l'attention des médecins sur la fréquence et l'importance de l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale dans les maladies, quelques auteurs, considérant la coexistence constante des phénomènes morbides développés sur la peau et les membranes muqueuses dans les exanthèmes fébriles, ont attribué à ces dernières toute l'importance dans ces maladies, et n'ont vu dans l'éruption qui se développe sur la première qu'un mouvement sympathique en rapport avec la gravité des symptômes fournis par l'organe principalement affecté ; ils ont même été jusqu'à nier que les taches de la rougeole eussent un caractère inflammatoire.

L'opinion des anciens n'est point généralement admise, parce qu'elle suppose un agent morbifique dont l'existence n'est pas démontrée, au moins pour la rougeole et la scarlatine. Quant aux deux autres manières de voir, je crois que, de chaque côté, on a été au-delà de ce qui résulte de l'observation des faits, et qu'on s'est laissé entraîner par une idée exclusive et dominante. Tout démontre, en effet, que les exanthèmes fébriles, auxquels d'ailleurs impriment un cachet particulier, et la marche le plus souvent régulière de l'éruption, et leur apparition, presque toujours d'une manière épidémique, et la préférence qu'elles affectent pour l'enfance, ne peuvent être considérées ni comme une simple inflammation de la peau susceptible seulement de se compliquer avec une affection semblable de quelques-unes des membranes muqueuses, ni comme une phlegmasie de ces dernières, dont l'exanthème cutané ne serait qu'un phénomène sympathique, comme un phlegmon, une parotide, des pétéchies le sont d'une gastro-entérite. Les faits observés sans préveution conduisent à étudier ces maladies d'une manière plus générale, et à les regarder comme des affections simultanées des membranes tégumentaires internes et externes, se produisant suivant les constitutions médicales et les diverses causes qui favorisent leur développement, avec prédominance plus ou moins marquée des symptômes dans tel ou tel système d'organes. En effet, tous les auteurs qui ont décrit les épidémies

qui se sont présentées à leur observation ont noté, quelles qu'aient été d'ailleurs leurs opinions théoriques comme les constituant essentiellement, et les symptômes fournis par les membranes muqueuses, et ceux qui se manifestaient à la surface de la peau. Ainsi, dans la rougeole, le coryza, l'injection de la conjonctive et le larmoiement au début; plus tard, et même après la desquamation, la toux, la diarrhée, quelquefois la pneumonie, dans les cas graves, sont des phénomènes inséparables de l'éruption cutanée, et suivent comme elle un ordre régulier dans leur développement. Dans la variole, la douleur épigastrique, les nausées, les vomissemens, la diarrhée chez les enfans, la salivation chez les adultes, ne se montrent pas avec moins de constance. La scarlatine, enfin, voit presque toujours son efflorescence cutanée s'accompagner d'une angine plus ou moins intense, et susceptible de revêtir le caractère des inflammations pelliculaires, comme j'en ai observé un exemple, que je rapporte plus loin.

Mais l'étude des symptômes n'est pas la seule qui nous révèle cet enchaînement admirable dans les phénomènes qui se passent à la surface du système tégumentaire, enchaînement qui est une conséquence nécessaire de celui qui s'observe dans les phénomènes physiologiques, et qui découle de l'analogie, ou plutôt de l'identité que présente ce tissu dans toutes ces parties. L'anatomie pathologique, en même temps qu'elle constate chez les individus morts pendant l'existence des exanthèmes, le caractère inflammatoire des lésions observées sur la partie interne ou muqueuse de ce système, découvre des rapports très-prononcés de formes et d'aspect entre ces lésions et celles de la partie externe ou cutanée pendant l'éruption.

L'observation qui précède en est un exemple pour la rougeole, et cette forme de l'inflammation de la membrane muqueuse n'est pas assez commune dans la gastrite simple, si toutefois on l'a observée, pour qu'on puisse la considérer dans ce cas comme accidentelle et sans aucune liaison avec l'éruption cutanée. Plusieurs auteurs ont rapporté dans cette maladie des exemples de développement sur la mem-

brane muqueuse digestive et respiratoire de taches semblables à celles de la peau.

La variole présente des phénomènes encore bien plus remarquables sous ce rapport. La texture de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire, tout à fait dépourvue d'épithélium, ne paraissant pas propre au développement de pustules semblables à celles qui se forment sur la peau; c'est sans doute cette considération qui avait engagé quelques auteurs, et entre autres *Bichat*, à nier la possibilité de leur existence; mais de nombreux exemples l'ont mise hors de doute. Celui que je rapporte plus loin m'a présenté sur la membrane muqueuse laryngée et trachéale des pustules varioliques nombreuses et bien dessinées, dont la ressemblance avec celles de la peau était frappante; mais l'exemple le plus curieux peut-être que possède la science de semblables pustules développées sur toute l'étendue de la membrane muqueuse intestinale, est l'observation d'une petite fille morte pendant l'éruption d'une petite-vérole discrète, qui se trouve dans la dissertation inaugurale de M. *Ouvrard*, professeur à l'école secondaire de médecine d'Angers, et que l'on rapporte à l'article *Variole* du Dictionnaire des Sciences médicales. Quoique l'on pût peut-être avec quelque apparence de raison, d'après les réflexions de l'auteur, rapporter ces pustules à une altération particulière des glandes mucipares, leur développement n'en est pas moins remarquable par sa coïncidence avec celles de la peau. *Lieutaud*, *Stoll* et quelques autres auteurs rapportent des cas de développement extraordinaire de boutons varioliques; mais si l'on considère que les boutons qu'ils ont observés occupaient la surface de presque tous les viscères, et que les membranes tégumentaires paraissent les seuls tissus propres à être le siége des pustules varioliques; on doutera, avec raison, que les altérations qu'ils ont vues puissent être rapportées à la variole, et on sera plutôt porté à les attribuer à un développement de matière tuberculeuse disséminée, comme on en observe souvent à la surface de la plèvre et du péritoine enflammés d'une manière chronique. *Mekel*

affirme, d'après deux auteurs allemands, qu'il se forme des boutons varioliques sur les membranes muqueuses, et en particulier sur celles des voies aériennes et du canal intestinal, et qu'ils diffèrent peu de ceux qui s'élèvent à la surface des tégumens communs.

Dans la scarlatine, où l'inflammation de la peau est moins profonde et plus fugace, celle des membranes muqueuses est aussi plus superficielle et moins frappante dans sa ressemblance avec elle. Cependant, quelques auteurs ont remarqué que la rougeur de la membrane muqueuse buccale, dans la scarlatine, ne ressemble pas à celle qui se montre dans les phlegmasies ordinaires, et qu'elle se rapproche davantage de celle de la peau. On a vu de petits points rouges apparaître dans ce cas sur la conjonctive, et des apthes à la face interne des joues. J'ai observé moi-même, dans cette maladie, ainsi que dans la rougeole, une coloration de la langue en rouge lie de vin.

Outre la corélation intime des inflammations muqueuses et cutanées, l'absence de l'une ou de l'autre de ces lésions, quoique la maladie conserve le caractère qui lui est propre, sert encore à démontrer qu'elle ne consiste essentiellement et exclusivement, ni dans l'éruption cutanée, ni dans la phlegmasie muqueuse. Ainsi l'efflorescence cutanée, quoique étant le phénomène le plus constant, et par là même le plus essentiel des exanthèmes fébriles, peut quelquefois ne pas se montrer ou disparaître si promptement qu'on ne l'aperçoive pas, sans que pour cela la maladie soit d'une nature différente sous tout autre rapport. Quelquefois la fièvre, accompagnée de tous les symptômes de la rougeole, se développe sans la moindre éruption.

La fièvre d'invasion de la variole est également susceptible d'affecter les individus qui se trouvent dans des circonstances propres à la contracter, sans que la peau soit le siége d'aucun exanthème *Stoll* prétend même que cette fièvre seule suffit pour constater l'existence de la variole, et pour mettre à l'abri d'une contagion postérieure. Ce sont sans doute des observations de cette nature qui avaient conduit *Sydenham* et *Boerrhaave* à admettre une fièvre varioleuse, *morbus*

variolicus, *sinè pustulis*, se manifestant pendant les épidémies de va-variole, et dont quelques auteurs ont nié l'existence peut-être d'une manière trop exclusive. Car pourquoi l'éruption ne se ferait-elle pas uniquement sur les membranes muqueuses, en s'accompagnant de tous les autres symptômes de la fièvre, et ne donnerait-elle pas lieu alors à cette dénomination de *variola sinè variolis*, qui ne serait juste que pour la peau, puisque les boutons varioliques existeraient à l'intérieur? Pourquoi cette éruption interne ne préserverait-elle pas aussi bien que celle qui se fait à l'extérieur d'une nouvelle invasion de la maladie? Si l'anatomie pathologique confirmait l'existence d'une éruption interne dans ces cas, elle prouverait l'exactitude de la distinction faite par *Sydenham*, dont le génie observateur aurait pressenti cette vérité.

Mais la scarlatine est de toutes les maladies éruptives celle qui présente le plus fréquemment l'absence d'efflorescence cutanée, quoique tous les autres caractères existent en même temps; aussi, presque tous les auteurs qui ont observé des épidémies de scarlatine rapportent-ils des cas d'angine de nature et d'intensité différentes, qui se sont montrées pendant leur cours avec tous les symptômes de la fièvre sans éruption. Quelques malades même ont été pris d'un mal de gorge très-violent, qui s'accompagnait d'une simple démangeaison à la peau, suivie de desquamation. Mais, à cet égard, il est facile de tomber dans l'erreur. Il est, en effet, assez commun, dans cette maladie, de voir l'éruption disparaître en un jour, quelquefois même en quelques heures; et, lorsque ce phénomène est arrivé pendant la nuit, il a pu échapper à l'observation, et faire croire qu'il n'y avait pas eu d'efflorescence, quoiqu'on s'aperçoive bientôt de la desquamation de l'épiderme. Que serait-ce donc alors, dans le cas où l'on rapporterait tout à l'éruption cutanée, qu'une maladie consistant dans un symptôme aussi fugace, et qui ne peut évidemment avoir aucune influence bien marquée sur l'exercice général des fonctions?

D'un autre côté, les exanthèmes cutanés peuvent se développer sous la forme la plus simple et sans affection, du moins un peu in-

tense des membranes muqueuses. Ainsi, la rougeole ne s'accompagne quelquefois que d'un léger coryza et d'un larmoiement peu abondant, et les symptômes généraux, qui formaient le cortége de la fièvre d'invasion, cessent avec l'éruption. Il en est de même pour la variole, lorsqu'elle est discrète. La scarlatine, enfin, s'est montrée souvent sans angine, et la description courte et précise que nous en a laissée *Sydenham*, qui le premier lui a donné le nom de *scarlatine*, est un modèle de cette maladie dans son état le plus simple.

Si l'on considère maintenant les phlegmasies cutanées dans leurs irrégularités, on verra l'affection des systèmes muqueux et cutané se balancer réciproquement dans les divers aspects que peuvent revêtir ces maladies sous l'influence des causes qui les produisent, et du traitement qui les modifie. « Souvent, dit M. *Pinel*, nul rapport constant ne s'observe entre la violence de la fièvre et l'abondance de l'éruption, et quelquefois une éruption peu abondante est précédée d'une fièvre très-vive, accompagnée d'une douleur aiguë au côté, et d'un crachement de sang. » Dans le cours de la maladie, les taches de la peau viennent-elles à pâlir et à disparaître, les pustules à s'affaisser et à devenir tout à coup livides et noirâtres, aussitôt la toux, les hémorrhagies, le vomissement, la diarrhée, le délire, le tumulte de la circulation annoncent à l'observateur qu'un afflux sanguin considérable a remplacé, dans les organes internes primitivement affectés d'une manière légère, celui qui vient de cesser à l'extérieur.

Ainsi donc tout se réunit pour faire rejeter l'idée de l'affection exclusive d'un organe dans les phlegmasies cutanées, et l'ensemble des symptômes observés à la peau en même temps que sur les membranes muqueuses, pendant le développement régulier de ces maladies, et la prédominance ou même l'existence isolée de l'une ou de l'autre de cette série de phénomènes, dont l'alternation est encore rendue plus sensible par les anomalies et les accidens qui se présentent pendant le cours de la maladie, et les lésions cadavériques révélées par l'anatomie pathologique. De ces considérations je conclus également que le nom de *phlegmasies cutanées* est peu convenable pour désigner ces

maladies, comme n'exprimant qu'une partie de l idée complexe qu'elles présentent, et ne les distinguant point des nombreuses phlegmasies aiguës ou chroniques de la peau qui ne s'accompagnent pas de fièvre, et qu'on pourrait lui préférer le nom d'*exanthème cutané fébrile*, que lui avaient donné quelques auteurs, comme plus exact et plus général.

VII^e^. OBS. *Petite vérole confluente ; mort le treizième jour ; pustules semblables à celles de la peau sur la membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère.*

Un charpentier, âgé de vingt-huit ans, robuste et pléthorique, entra à l'Hôtel-Dieu le 28 novembre. Le 25 au soir il a été pris de frisson avec céphalalgie et douleur des lombes. Pour dissiper l'état de malaise dans lequel il se trouvait, il a avalé, ce jour même et les suivans, beaucoup de liqueurs alcoholiques, qu'il a constamment rejetées par le vomissement. Le quatrième jour, il s'est aperçu de l'apparition de boutons rouges sur la figure ; il est entré alors à l'Hôtel-Dieu ; et le 29, il présente les symptômes suivans : face uniformément rouge, recouverte d'un grand nombre de petites pustules, dont on commence à apercevoir quelques traces sur la poitrine et les membres ; céphalalgie, léger mal de gorge ; pouls plein, sans fréquence ; peau chaude, langue rouge ; pas de douleur abdominale ni diarrhée. Sinapismes aux cuisses. Mêmes symptômes jusqu'au huitième jour ; les pustules de la face commencent à jaunir au sommet ; gonflement de cette partie, commencement de salivation. Dixième jour, pustules des membres grosses et rouges ; pouls plein et fréquent ; peau chaude et humide ; gonflement œdémateux du tissu cellulaire sous-cutané de la mâchoire inférieure ; salivation, délire pendant la nuit, qui cède le lendemain à une application de trente sangsues derrière les oreilles ; diminution du gonflement de la face, pouls fort et très-fréquent. Sinapismes aux cuisses. Le douzième jour, délire furieux pendant la journée et la nuit suivante ; le lendemain, assoupissement, diminution de la fréquence du pouls ; peau

humide, langue vermeille, salivation, pustules jaunes et déprimées au centre. Sinapismes et vésicatoire. Mort le 7 janvier, treizième jour de la maladie, neuvième de l'éruption.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. Cerveau et ses membranes très-injectés.

Engorgement considérable des deux poumons avec ramollissement de leur tissu ; membrane muqueuse bronchique rouge et injectée ; pustules blanches, déprimées au centre, et confluentes sur la membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère.

Tube intestinal sain dans toutes ses parties.

VIII^e. OBS. *Scarlatine avec inflammation pelliculaire des membranes muqueuses nasale, buccale et laryngienne.*

Un jeune maçon, âgé de seize ans, malade depuis quatre jours, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 22 août dans un état de fièvre et de délire violent. On lui appliqua le soir trente sangsues sur les parties supérieures et latérales du cou ; et le lendemain il présentait les symptômes suivans : sécheresse et chaleur brûlante de la peau, recouverte de larges taches irrégulières et d'un rouge foncé ; face vultueuse et tuméfiée ; gonflement douloureux du cou, larmoiement et salivation abondante ; deux fausses membranes consistantes, épaisses, sortaient à moitié des narines, et présentaient la forme des cornets inférieurs ; elles étaient enveloppées d'un mucus verdâtre et gélatiniforme, qui continua à s'écouler en grande quantité lorsque ces fausses membranes furent enlevées ; rougeur vive du voile du palais et de l'intérieur de la bouche ; respiration très-fréquente et anxieuse, accompagnée de râle trachéal ; toux et expectoration difficile, pouls très-fréquent ; céphalalgie frontale intense, sueur visqueuse sur le front. Le soir, saignée du bras de huit onces suivie de syncope ; délire dans la nuit. Le lendemain 24, agitation, délire sourd, réponses justes lorsqu'on fixe l'attention du malade ; face rouge, brûlante et couverte de sueur ; yeux brillans,

pupilles dilatées, langue d'un rouge de lie de vin et poisseuse ; écoulement abondant de mucus verdâtre par les narines, cent trente battemens du pouls par minute. Mort le 25 au matin, septième jour de la maladie.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. La température de l'atmosphère s'étant élevée la veille jusqu'à vingt-cinq degrés, le cadavre est dans un état de putréfaction très-avancé, et la peau, de couleur verdâtre, est distendue par une grande quantité de gaz fétides. L'état inflammatoire des membranes muqueuses ne peut donc être apprécié ; mais on peut très-bien apercevoir des fausses membranes qui tapissent les parois des fosses nasales et des sinus maxillaires, ainsi que la partie supérieure du pharynx et du larynx ; les bords de la langue et la surface des amygdales présentent des ulcérations à fond grisâtre.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

II.

Non febricitanti appetitus dejectus, et oris ventriculi morsus, et tenebricosa vertigo, et os amarescens, sursum purgante opus esse, indicat. *Sect.* 4, *aph.* 17.

III.

Quibus ex morbo resurgentibus aliquid dolet, ibi abscessus fiunt. *Ibid.*, *aph.* 32.

IV.

Ab hydrope detento, si aqua secundùm venas in alvum fluxerit, solutio fit. *Sect.* 6, *aph.* 14.

V.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

VI.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem robur, ægrotanti verò, morbus fit. *Ibid.*, *aph.* 65.